

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

455

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Carol NAFTALISOHN

Né le 16 juin 1908, à Vasaesti (Roumanie).

**Contribution
à l'étude de la forme ascitique
du cancer de l'estomac**

Président : M. P. DEBRÉ, professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Carol NAFTALISOHN

Né le 16 juin 1908, à Vasaiesti (Roumanie).

**Contribution
à l'étude de la forme ascitique
du cancer de l'estomac**

Président : M. R. DEBRÉ, professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

—
1935

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPEP.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
BULLIARD Histologie.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.
GALLIARD Parasitologie.	LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
GASTINEL Bactériologie.	LACOMME Obstétrique.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 BEZANÇON
 (Justin) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI.
 ALAJOUINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DUVOIR.
 DONZELOT.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 WEIL-HALLÉ
 FREY

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Puériculture.
 Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES CHERS PARENTS

Toute ma reconnaissance.

A MES FRÈRES ET BELLE SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR ROBERT DEBRÉ

Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui a beaucoup contribué à notre éducation médicale. Hommage de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

A MON MAÎTRE

M^r LE D^r PAUL JACQUET

Médecin des Hôpitaux de Paris.

Qui nous a toujours accueilli avec bienveillance dans son service et qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de tout notre attachement.

A M. LE D^r JACQUES DELARUE

Ancien Chef de Clinique à la Faculté.

Qui nous a aidé de ses précieux conseils.

A NOS MAÎTRES

M. LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

M. LE PROFESSEUR BAUDOUIN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. CADENAT

A. M. LE D^r LAUBRY

A M. LE D^r WEILL-HALLÉ

A M. LE D^r JULIEN HUBERT

A TOUS NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY DE THÈSE

A MME ET M. LE COLONEL GEORGES NECSULESCO

*Ma profonde reconnaissance pour la sol-
licitude qu'ils m'ont toujours témoignée.*

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'examiner dans le service de notre maître M. le D^r Paul JACQUET à l'Hôpital A. Paré un malade présentant une forme ascitique de cancer gastrique, il nous a paru intéressant de reprendre pour notre modeste part l'étude de ce sujet.

Nous n'étudierons pas dans cette thèse l'ascite qui survient au cours de l'évolution d'un cancer connu, mais seulement les cas où l'ascite est suffisamment précoce, assez abondante, pour constituer le symptôme dominant et si le cancer est fruste symptomatiquement, faire dévier son diagnostic.

Depuis longtemps divers auteurs, tant français qu'étrangers, en ont rapporté des exemples.

Cependant, on tend à méconnaître cette forme, en particulier lorsque l'ascite se greffe sur un terrain alcoolique ou tuberculeux.

Nous ajouterons à notre observation personnelle quelques observations anciennes recueillies dans la littérature médicale, où l'on pourra voir toutes les erreurs susceptibles d'être commises.

Nous essaierons de tracer les aspects cliniques de cette forme et nous insisterons surtout sur les caractères de cette ascite.

Nous ajouterons enfin quelques conclusions qui constitueront notre modeste apport à cette question.

HISTORIQUE

Nous n'allons pas faire, à vrai dire, l'historique de cette forme dont nous parlons.

Notre but est plus modeste. Nous voulons seulement rassembler quelques observations puisées à plusieurs sources.

L'historique, d'ailleurs, consisterait pour un grand nombre d'années dans l'accumulation pure et simple d'une foule d'observations dont la citation intégrale n'apporterait au lecteur qu'un profit contestable.

Nous avons trouvé beaucoup de publications. Nous croyons que le but de leurs auteurs était de mettre en évidence à une époque où la symptomatologie du cancer n'était pas encore précisée, certains moyens de diagnostic qui se sont montrés plus tard, soit erronés, soit sans importance. Nous avons cependant pu dégager dans certaines publications des points qui touchent notre sujet. Mais les publier toutes serait dépasser le cadre de notre thèse.

Dès le commencement du siècle dernier, on commence à décrire des formes anormales du cancer de l'estomac. Les exemples ainsi que les erreurs de diagnostic sont multiples.

En 1852, pour ne pas remonter plus loin, BARTH apporte à la Société Anatomique une observation d'un

malade qu'il avait soigné pour une cirrhose du foie et dont l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer de la petite courbure avec métastase de l'épiploon.

En 1856, GUYOT communique à la même Société le cas d'un malade qu'il avait soigné pour un état cachectique avec ascite. A l'autopsie, il trouve un vaste cancer qui enveloppait et envahissait la totalité de l'estomac.

Il conclut qu'il n'a pas pu sentir la tumeur au début, à cause de l'épanchement extrêmement abondant. Malgré la ponction, des douleurs vives avec contracture de la paroi abdominale l'ont empêché de faire un examen plus complet. Diagnostic difficile, dit-il, et cela « à cause de la péritonite subaiguë, puis de la péritonite aiguë ».

En 1876, le célèbre CRUVEILHIER, présente à la Société Anatomique les pièces d'un cancéreux chez lequel il avait cru reconnaître une phtisie avec péritonite bacillaire.

En 1877, CHESNEL, interne des Hôpitaux, présente sa thèse inaugurale sur « Diverses formes anormales du cancer gastrique », dans laquelle il nous montre aussi des formes ascitiques en essayant en même temps d'expliquer leur pathogénie.

En 1886, DAGRON lit à la Société d'Anatomie de Paris une communication sur un malade qu'il avait soigné pour une asystolie d'abord, pour une cirrhose de Laennec ensuite.

Ce n'est que l'autopsie qui lui révéla la véritable cause de l'ascite : un carcinome de l'estomac.

GOURMAND, dans sa thèse de Doctorat (Bordeaux) 1888-89, traite du cancer latent de l'estomac. Il nous montre l'observation d'un carcinome de l'estomac pris pour une cirrhose atrophique.

Malgré toutes ces publications, les erreurs se multiplient. Ainsi, en 1889, MAURIN lit à Société Anatomique l'observation d'un cancer gastrique avec péritonite cancéreuse prise pour une péritonite tuberculeuse chez un cavitaire, et il finit par cette conclusion sentimentale : « Nous avons pensé que chez ce sujet affligé d'une affection si grave, ce n'était plus la peine de le charger d'une deuxième beaucoup plus grave encore ».

Pour être plus ou moins complet, ajoutons qu'en Angleterre HABERSON publie l'histoire d'un cancer latent simulant une cirrhose hépatique.

Beaucoup plus tard, en 1911, ROUSSEAU, dans sa thèse de Paris, sur le cancer latent de l'estomac, publie l'observation d'un malade qu'il avait soigné pour une ascite. A l'autopsie, cancer gastrique avec cancer secondaire du foie qui ne pouvait pas expliquer l'ascite, semble-t-il.

Depuis, on publie de temps en temps des observations, tant en France qu'à l'étranger.

En 1927, RADOSLAV et STOICESCO publient dans les bulletins et mémoires de la Société Médicale de Bucarest, l'observation d'un malade âgé de 64 ans qui est venu les consulter pour une augmentation rapide de son ventre.

A l'examen, ils trouvent une ascite de grande abon-

dance et, en plus, matité des deux bases. Le malade toussait beaucoup. Sa température oscillait entre 37°5 et 39°. Ils portent le diagnostic de tuberculose pulmonaire avec péritonite bacillaire.

Une selle sanglante de leur malade les fait pratiquer un examen complet du tube digestif qui révéla un cancer gastrique. Le malade meurt dans un état de cachexie extrême. A l'autopsie, ils trouvèrent un vaste cancer de la grosse tubérosité avec infiltration du péritoine. Nous devons dire que cette forme avec épanchement pleural est extrêmement rare.

En 1934, BULLRICH publie dans le Bulletin de l'Académie de Médecine de Buenos-Aires l'observation d'un malade qui présentait une ascite énorme. Aucun cri de souffrance n'avait attiré l'attention vers son estomac. Il traite le malade comme un cirrhotique. Mais une embolie emporta le malade. A l'autopsie, ascite chyliforme remplissant toute la cavité abdominale, cancer de la face postérieure de l'estomac avec vaste ulcération du canal thoracique.

Dernièrement, nous avons eu à examiner un malade dont l'histoire antérieure était celle d'une ascite cirrhotique très banale, mis à part l'amaigrissement rapide et anormal (18 kilos en 4 mois).

Le malade avait encore un certain embonpoint. Il n'avait nullement le teint jaune paille, caractéristique des cancéreux. Pas d'adénopathie, ventre indolore.

Après ponction, tumeur abdominale diffuse à surface assez régulière faisant hésiter un instant avec

une énorme splénomégalie et surtout — diagnostic retenu un moment — avec une péritonite encapsulante.

Evolution nettement subocclusive.

Bientôt apparition d'un syndrome dysphagique net faisant suspecter une gêne de fonctionnement œsophagienne.

Ce n'est que peu de temps avant la fin qu'un examen radioscopique ayant pu être pratiqué, nous observons un aspect nous faisant préjuger un cancer gastrique à forme de linite.

L'état du malade ne permettait plus à ce moment de faire un examen plus complet de son estomac.

Enfin l'autopsie confirma le diagnostic de cancer de l'estomac avec métastase de l'épiploon.

OBSERVATION N° 1 (*Personnelle*).

Le malade V..., âgé de 59 ans, poseur de tapis, rentre à l'hôpital Ambroise-Paré dans le service de M. le D^r Paul JACQUET, le 31 octobre 1934, pour un certain nombre de troubles fonctionnels qui sont apparus à la fin de juillet 1934 et qui depuis vont en s'accroissant.

Inappétence de plus en plus marquée et telle que actuellement il ne prend plus que du bouillon de légumes et du lait.

Constipation marquée.

Pas de vomissements.

Pas d'hémorragies digestives.

Un amaigrissement très marqué (18 kilos depuis le mois de juillet). Il signale que depuis quelque temps, il présente une douleur uniquement lombaire. D'autre part, depuis la

fin de juillet il s'aperçut que son ventre grossissait petit à petit. Il a cependant continué son métier jusqu'au 15 octobre. Le malade a alors consulté un médecin qui l'a mis au régime lacto-végétarien et a pratiqué le 23 octobre une paracenthèse abdominale qui a ramené 10 litres et demi de liquide sur lequel on n'a pas de renseignements.

A l'examen du malade. — A son entrée dans le service on est frappé par le volume de l'abdomen qui s'étale sur les flancs et au premier abord évoque l'idée d'une ascite et on trouve en effet une sensation de flot très nette.

Cependant certains signes négatifs attirent l'attention. L'ombilic est à peine déplié.

L'abdomen est mat mais ce qui frappe c'est que la percussion ne démontre aucune zone sonore, même au niveau de l'épigastre, que cette matité n'est pas variable avec les changements de position du malade.

Le foie et la rate sont impossibles à délimiter. On trouve cependant au niveau de l'ombilic le signe du glaçon.

Par ailleurs il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. Aucune hémorragie franche des muqueuses. (Quelques taches rubis, éparses sur l'abdomen), un léger subictère des conjonctives et de la région sublinguale.

Le cœur est un peu sourd. Il n'y a ni souffle ni bruits surajoutés.

Le pouls est régulier.

La tension artérielle, 14-9.

Température, 38°2.

Il existe une expectoration muco-purulente banale. (Un examen en ville n'a pas montré des B. K.).

Pas de signes d'épanchements des bases. Le murmure vésiculaire normal.

Les urines sont peu abondantes, laissant un dépôt de phosphates.

Ni sucre, ni albumine.

Les réflexes sont normaux.

Dans les antécédents du malade on trouve la notion d'un alcoolisme chronique certain. Il avoue avoir absorbé pendant une dizaine d'années 3-5 litres de vin rouge par jour.

Il aurait eu des coliques hépatiques et néphrétiques en 1933.

A été opéré d'hémorroïdes en 1917.

Hygroma prérotulien droit en 1930.

Sa femme et son fils sont bien portants.

En somme, l'impression d'ensemble était celle d'une ascite cirrhotique banale, mis à part l'amaigrissement rapide et anormal, le malade ayant d'ailleurs encore un certain embonpoint. N'avait nullement le faciès cancéreux (pas de teinte jaune paille). Pas d'adénopathie.

Le 2 novembre. — Une ponction évacuatrice ramène 8 litres de liquide qui, citrin sur un faible volume, paraît au contraire hémorragique dans le bocal. Après la ponction on se rend compte que le foie est normal, ne débordant pas les fausses côtes qu'à la palpation de l'abdomen on sent une masse occupant presque toute la partie médiane et gauche de l'abdomen.

Cette masse qui semble sortir du rebord costal gauche descend, oblique en bas et à droite vers la fosse iliaque droite.

On limite son bord droit dans la région épigastrique et dans la fosse iliaque assez facilement. Son pôle inférieur est facilement délimité et d'ailleurs légèrement douloureux.

Son bord gauche est difficile à préciser. Son bord supérieur est impossible à préciser par la percussion. On trouve en effet une zone de matité qui va rejoindre la zone de matité axillaire de la rate.

Dans l'ensemble donc cette masse est parfaitement limitée sauf en haut. On peut la dessiner sur la peau et on en retrouve encore la limite par la stéthophonendoscopie.

A la palpation cette masse est de surface irrégulière comme si on percevait sous la main le relief des anses intestinales, gargouillantes par places.

Le diagnostic retenu à un moment était celui de péritonite encapsulante.

On pratique une radiographie et le cliché montre une image en tuyaux d'orgue semblant un instant confirmer ce diagnostic de péritonite encapsulante.

L'état général du malade reste le même les jours suivants, mais l'ascite se reforme très rapidement.

Une nouvelle ponction le 9 novembre ramène 5 litres de liquide franchement hémorragique.

Nous faisons le diagnostic ferme d'ascite cancéreuse. Dès lors, l'évolution se précipite. Troubles intestinaux nettement subocclusifs.

En même temps syndrome dysphagique net faisant suspecter une gêne de fonctionnement œsophagienne.

Des vomissements répétés et immédiats apparaissent, empêchant pratiquement toute alimentation.

Une hématomérose le 19 novembre. La constipation devient opiniâtre et le malade meurt le 1^{er} décembre 1934.

Pendant le séjour de ce malade on a pratiqué quelques examens complémentaires.

1. Urée sanguine 0 gr. 19.
2. Bordet wasserman-négatif.
3. Temps du saignement 3'1/2.
4. Temps de coagulation 15'
5. Formule sanguine.

LE 3 NOVEMBRE.

Globules rouges	4.144.000
Globules blancs	8.425
Hémoglobine	80 %

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	81 %
Mononucléaires	17 %
Forme de transition	2,5 %

LE 10 NOVEMBRE.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.	78,5 %
— éosinophiles.	0,5 %
Mononucléaires.	18,5 %
Transition.	2,5 %

6. *Examen du liquide d'ascite.* — Présence de cellules cancéreuses (?) croyons-nous.

7. *Examen radiographique.*

Le 5 novembre 1934. — Lavement baryté, remplit le rectum et l'anse sigmoïde et les distend, se fragmentant et ne peut dépasser la région de l'angle splénique.

Le 9 novembre 1934. — 7 heures après un repas opaque la baryte apparaît extrêmement fragmentée, à la fin du grêle et le défilé iléo-cæcal semble réduit à un cordon d'environ 1 cm. de large. Le bas fond cæcal est injecté et le colon ascendant se dessine d'une façon très floue.

Nous n'avons pu pratiquer *qu'un examen radioscopique* assez peu détaillé de l'estomac car à ce moment il présentait une intolérance gastrique absolue.

Il a montré un petit estomac ne se dilatant pas, avec une fuite pylorique rapide, nous faisant préjuger un cancer gastrique à forme de *linite*. Au-dessus de l'estomac et sur une hauteur marginale de cinq centimètres, existait une bande obscure s'interposant entre l'estomac et la clarté thoracique, dont la nature ne put être interprétée.

COMPTE RENDU DE L'AUTOPSIE.

L'ouverture de l'abdomen se fait assez librement à part quelques adhérences peu nombreuses de la paroi. Du liquide faiblement hémorragique s'écoule.

Dès l'ouverture :

Epiploon rétracté, épaissi, dur et réduit à l'état d'un boyau transversal.

Tout le paquet intestinal est soudé par des adhérences fibrineuses. Les anses se décollent cependant sans se déchirer.

Les anses grêles sont très distendues, uniformément, ayant au moins en largeur les dimensions d'un gros intestin normal.

Foie : comme coulé dans la paraffine. D'apparence cirrhotique et décoloré. Adhère au diaphragme par sa partie postéro-supérieure.

Rate : d'aspect normal et assez adhérente.

Péritoine pariétal du petit bassin, des végétations néoplasiques en chou-fleur.

Derrière l'intestin il existe un énorme bloc situé au devant de la colonne et qui semble se prolonger sur toute la hauteur de l'abdomen.

Mésentère : est épaissi et rétracté.

Mésocolon : épaissi et très rétracté. Mésocolon gauche présente une traînée d'apparence néoplasique.

Epiploon : épaisseur d'un travers de doigt, 5 cm. de large formant un repli de l'abdomen.

Estomac : entièrement fixé par sa grande courbure au colon transverse. Estomac très dur. Parois gastriques friables, épaisses de 1 cm. 5 environ, avec des bourgeons.

Cardia : normal, mais un gros ganglion de la grosseur d'un œuf de poule est situé dans la région juxta-cardiaque renfermant de la matière cancéreuse en voie de désintégration.

Pylore très dur. Tumeur du pylore remonte sur la petite courbure. Cependant à peu près intact.

L'épaississement des parois gastriques est moindre que dans la région cardiaque où celui-ci est au maximum avec une dureté tout à fait particulière.

L'estomac peut néanmoins être clivé du mésocolon épaissi.

Diaphragme : épaissi avec des noyaux. Rétrécissement par rétraction de l'angle colique gauche.

Transverse sessile est soudé à la base du moignon épiploïque.

Intestin : lui-même ne semble pas dur mais on voit et on palpe au niveau des insertions mésocoliques et mésentériques des masses de la grosseur de petites billes très dures.

Recto-sigmoïde : rétracté et bloqué dans le petit bassin. Sigmoïde moins infiltrée. Rectum normal.

Ganglions de la chaîne pré-aortique et de la chaîne iliaque externe gros comme une petite noix.

Ganglions de la chaîne rétro-aortique infiltrés.

Péritoine-pariétal : 3 mm. d'épaisseur avec des bourgeons sur le péritoine. Des ganglions entre le péritoine et la paroi

Appendice : coulé dans le méso.

Foie : poids 1 kg. 800. N'est pas dur à la coupe, un peu pâle, pas de noyaux.

Reins : normaux.

Prostate : très dure, en bois. Très dure à la coupe avec dilatation des canaux.

Fragments prélevés : estomac.

épiploon.

péritoine pariétal de la fosse iliaque droite.

prostate.

L'interprétation histologique a été faite par M. le Dr Jacques DELARUE, assistant d'Anatomie Pathologique, à qui nous exprimons nos plus vifs remerciements.

Une coupe de fragment de l'estomac prélevé au cours de l'autopsie, montre en surface la présence persistante d'une muqueuse pourvue de caractères à peu près normaux en certains points. Elle est cependant infiltrée d'éléments cellulaires volumineux dont l'abondance bouleverse en d'autres régions l'architecture de la muqueuse gastrique.

Sous la muscularis-mucosae, qui a disparu en plusieurs points, la sous-muqueuse des tuniques musculaires et sous-séreuse est infiltrée de nappes homogènes d'éléments cellulaires dépourvus de tout grou-

pement réciproque acino-canaliculaire. Ce n'est qu'en de très rares régions situées immédiatement sous la musculaire muqueuse qu'elle se voit.

Quelques petites cavités vaguement arrondies dont la lumière est bordée par des cellules semblables à celles qui infiltrent toute la tunique de l'estomac. Ces éléments dissocient les faisceaux de la tunique musculaire et pénètrent même à l'intérieur de celle-ci.

Ce sont des éléments peu volumineux arrondis, pourvus de noyaux très chromaphiles, situés au centre de la cellule ou rejetés à l'une de ses extrémités, le corps cytoplasmique étant dans ce cas à l'autre extrémité occupée par une large vacuole claire.

Les colorations au muci-carmin effectuées sur les coupes des mêmes fragments, confirment bien le diagnostic que permettait de faire l'aspect en chaton de bague de certains éléments cellulaires en montrant la mucicarminophilie de ces éléments, des grains rouges s'observant dans la plupart d'entre eux, de larges plaques de mucus étant constatées dans les cellules en chaton de bague.

Ces colorations confirment, par conséquent, le diagnostic histologique d'épithélioma infiltré de l'estomac.

A vrai dire, l'aspect réalisé ici ne réalise pas l'aspect tout à fait caractéristique de la limite plastique en raison du caractère modéré de la coloration homogène et de l'abondance des nappes cellulaires néoplasiques qui se trouvent dans toutes les tuniques de l'estomac.

Divers fragments métastatiques, péritoine pariétal, prostate, réalisent exactement les mêmes aspects, le cancer gardant une morphologie identique avec infiltration des tissus envahis ou des lymphatiques par des nappes de cellules isolées pourvues de caractères sécrétoires, mucicarminophiles observés dans la tumeur gastrique.

OBSERVATION II

Prise dans la Thèse de ROUSSEAU (Paris, 1911-1912).

Madame N..., 61 ans entre dans le service pour œdème des jambes; diarrhée.

Depuis 6 mois divers troubles morbides.

Œdème des jambes, d'abord de fatigue, apparaissant à la fin de la journée, disparaissant par le repos.

Dyspnée d'effort et divers signes de Brightisme, céphalée, vertiges, mouches volantes, amblyopie.

Albuminurie avant son entrée à l'hôpital.

Depuis 3 mois :

Troubles digestifs : perte d'appétit, dégoût électif pour les viandes et les graisses.

Digestions lentes et difficiles.

Pesanteur avec ballonnement post-prandial.

Pas de vomissements, pas de douleurs, pas de mælena.
Diarrhée fréquente.

Amaigrissement très marqué.

Abdomen développé d'une façon progressive sans phénomènes douloureux.

A l'examen :

Epanchement abondant.

Foie petit.

Rate percutable, un peu grosse.

Estomac : On ne constate rien d'anormal. Dans la région

sus-claviculaire une pléiade de ganglions indurés avec un ganglion plus volumineux.

Cœur : souffle systolique de la pointe. Pas d'arythmie.

Urines : pas d'albumine, ni sucre.

On se trouve donc devant un tableau de cachexie progressive, avec ascite et œdème faisant penser à une affection rénale, à une cirrhose hépatique, à une péritonite tuberculeuse, peut-être à un cancer.

Durant son séjour à l'hôpital, le malade fait à droite, un épanchement pleural, l'ascite augmente, l'œdème s'étend.

A 2 reprises des selles noires comme de l'encre, moulées. *Pas d'hématémèse*. La cachexie progresse et la malade meurt au bout de 2 mois de séjour à l'hôpital.

AUTOPSIE.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve un épanchement ascitique, clair, citrin sans flocons fibrineux. 15 litres environ.

La lésion dominante est le cancer gastrique.

L'estomac est petit, à la forme d'un boyau étroit. A la surface externe se voient des traînées de lymphangite et des nodosités cancéreuses. Quelques ganglions de la chaîne coronaire sont envahis.

La cavité de l'estomac très réduite. Les orifices normaux. La paroi très épaisse, surtout dans la région pylorique, elle mesure de 8 à 10 mm.

A 1 cm. du cardia commence une vaste plaque cancéreuse formant plateau et limitée par un bourrelet sinueux et épais. Cette plaque tomentueuse et ulcérée, excavée en son centre est à peu près circulaire. De la petite courbure, elle déborde symétriquement sur les 2 faces de l'estomac.

Le foie d'aspect normal porte un noyau cancéreux du volume d'une noix ombiliquée dans son centre et située à la face inférieure du lobe droit.

Le foie et l'estomac étroitement unis par un pont de tissu néoplasique formé par les ganglions rétro et juxta pyloriques hypertrophiés. Ces ganglions formaient une masse du volume d'une mandarine.

Au milieu de cette masse *cheminait la veine porte étranglée.*

Le cholédoque plus en dehors échappait à la compression mais au-dessus le cystique était oblitéré complètement par un ganglion du volume d'un noyau de prune, d'où l'atrophie de la vésicule biliaire.

La veine splénique dilatée en amont de la masse ganglionnaire, aussi large en arrière que le tronc porte lui-même et présentant de nombreuses flexuosités.

La rate un peu grosse congestionnée.

Les reins normaux.

OBSERVATION III

(Prise dans *Bulletin Soc. Anatomique*, 1856, p. 457).

GUYOT raconte le cas suivant :

Un homme présentant un état cachectique bien accusé avait subi il y a quinze jours une ponction pour un épanchement abdominal.

Cette ponction dut être renouvelée ces jours derniers. Puis survinrent des douleurs abdominales très vives, des vomissements répétés.

Le malade succomba. On trouva à l'autopsie les traces d'une péritonite ancienne, pus, fausses membranes, adhérences.

Il existait, en outre, un vaste cancer qui enveloppait et envahissait la totalité de l'estomac.

Les parois de cet organe, dures, épaissies (12 mm.) maintiennent béante sa cavité qui ne dépasse pas le volume d'un gros œuf.

Des masses cancéreuses occupent l'épiploon gastro-hépatiques et la partie supérieure du grand épiploon. Le reste de l'intestin ne présente pas de trace de lésion. La prostate est le siège d'une lésion cancéreuse qui l'a détruite en partie.

Dans cette observation aussi, l'ascite avait pour cause un cancer secondaire de l'épiploon. Diagnostic

difficile et cela par suite de la péritonite subaiguë d'abord, puis, aiguë, qui rendait impossible un examen complet.

OBSERVATION IV

(In CHESNEL, Thèse de Paris, 1877).

(Prise par l'auteur dans le *Bulletin de la Soc. Anatomique*).

Un homme d'une quarantaine d'années éprouvait depuis plusieurs mois un dérangement des fonctions digestives. Depuis 3 semaines, une aggravation notable s'était fait sentir.

La peau ayant pris une légère teinte ictérique, le ventre s'était gonflé et une ascite s'était développée. On diagnostiqua une cirrhose du foie et on employa en conséquence, les diurétiques, l'eau de Vichy et quelques toniques.

Le ventre ne cessa pas d'augmenter de volume. Des douleurs abdominales se manifestèrent, l'oppression devint extrême et enfin une péritonite se déclara. De quelle nature était-elle ? En effet, sous la clavicule gauche on entendait des râles sous-crépitaux et il pensa en conséquence que le malade était « sous l'influence d'une diathèse tuberculeuse » et qu'il avait affaire à une péritonite tuberculeuse. Le ventre ne cessant de grossir, il ordonna une ponction. On en retira 8-10 litres de liquide franchement sanguinolent. Un soulagement momentané accompagna cette opération. Mais bientôt les symptômes reprirent leur gravité et la mort survint en 8 à 10 jours.

Autopsie. — On constata la reproduction d'un peu de liquide sanguinolent et une péritonite non pas tuberculeuse mais cancéreuse. Il y avait en effet un cancer de l'épiploon et en même temps un petit cancer ulcéré de la petite courbure de l'estomac à égale distance du pylore et du cardia.

C'était là le cancer primitif. Il devenait intéressant d'examiner le sommet du poumon qui semblait atteint par la tuberculose. On ne trouva qu'une dilatation bronchique.

Cette observation est curieuse à plus d'un titre. La maladie prise successivement pour une cirrhose, puis pour une péritonite tuberculeuse n'était autre chose qu'un cancer de l'estomac, compliqué d'un cancer de l'épiploon. L'ascite avait ici pour cause non l'altération de l'estomac, mais la dégénérescence secondaire de l'épiploon. Le diagnostic était très difficile.

OBSERVATION V

d'un carcinome de l'estomac
pris pour une cirrhose atrophique

In Thèse de GOURMAND, 1888-89, page 33.

X. est malade depuis un an environ et il est dans un état de cachexie assez avancée quand il entre à l'hôpital. Pas de douleurs épigastriques; pas de vomissements alimentaires, ni hématemèse, ni malaena.

C'est l'ascite qui a ouvert la scène et peu à peu il s'est aperçu que son ventre grossissait et que ses pantalons devenaient trop étroits.

A l'examen. — Le ventre est très volumineux et est le siège d'une fluctuation manifeste. Le liquide se déplace facilement. Le foie impossible à palper, mais la constatation d'un réseau veineux très abondant sous la paroi abdominale, les varicosités du visage, les excès alcooliques très nombreux avoués par le malade, tout nous porte à penser à la cirrhose atrophique.

Deux jours après son entrée, l'ascite ayant augmentée et le malade se plaignant de gêne respiratoire, on ordonne une ponction qui ramène 8 litres et 1/2 de liquide citrin.

Mais le malade, à la suite de quelques mouvements brusques, meurt suitelement 1 heure après la ponction.

A l'autopsie, on trouve un carcinome de l'estomac qui intéressait la petite courbure. Les orifices sont libres.

Le foie est normal, mais une partie de la tumeur gastrique comprimait fortement la veine porte au niveau du hile du foie.

OBSERVATION VI

communiquée par DAGRON.

Bulletin de la Société d'Anatomie de Paris, 1886, page 326.

P., âgé de 53 ans. Pas de cancer dans la famille. A eu une fièvre typhoïde dans l'adolescence. A toujours jouit d'une bonne santé.

Jamais il n'a présenté de signes d'alcoolisme.

Mais depuis 1 mois son ventre gonfle, surtout après les repas.

Trois semaines après ce début ses jambes se gonflèrent sans aucune amélioration après un repos de quelques jours. Le malade vient consulter.

A l'examen. — Ventre augmenté de volume, globuleux, avec une sensation de flot très nette.

La Percussion donne la matité sur toute l'étendue. Pas de sonorité sus-ombilicale.

La matité se déplace mais ce déplacement est très ralenti.

Faciès amaigri, téguments pâles, mais pas de teinte jaune paille.

L'état général paraît assez bon.

Bon appétit.

Pas de douleurs à l'épigastre.

Pas d'hématémèse.

Pas de maelena.

Cœur : souffle systolique de la pointe.

Poumons : rien.

2 mois plus tard, l'épanchement devient très gênant. Le malade est dyspnéique. On ponctionne le malade qui

se sent aussitôt soulagé. On retire un liquide légèrement rouge.

On sent, après la ponction dans la région sus-ombilicale, une masse irrégulière de consistance variable.

L'abdomen ne tarde à se tendre de nouveau. Le liquide se reforme très vite et le malade meurt dans un état de cachexie profonde.

A l'autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, une quantité assez considérable de liquide hémorragique.

Le péritoine pariétal fortement épaissi, charnu, rugueux à la surface.

Cet aspect est surtout visible au niveau du diaphragme. L'estomac apparaît très diminué de volume. Il n'est pas plus gros que le colon transverse.

Vaste cancer au niveau de la grosse tubérosité. La muqueuse paraît saine.

Le cardia et le pylore sont indemnes.

Ici aussi l'ascite a été provoquée par un cancer du péritoine, cancer secondaire à un cancer gastrique de la grande courbure. Au début, on diagnostiqua une affection cardiaque, basé sur le souffle systolique et l'œdème des jambes.

Après ponction, on commence à se diriger vers le diagnostic d'ascite avec tumeur. Mais il était très difficile de localiser cette tumeur. Aucun trouble gastrique.

Ce n'est que l'autopsie qui révéla la véritable cause de l'ascite.

OBSERVATION VII

In Thèse de RÉSIBOIS, 1898-1899, prise par l'auteur
en Guy's Hospit. Reports.

Cancer du pylore. Dyspepsie et cachexie, œdème, ascite chyliforme.

Femme âgée de 47 ans. Entrée à l'Hôpital le 15 octobre 1870.

Souffre depuis un an de douleurs et vomissements. Amaigrissement et faiblesse progressifs. Les chevilles enflées, le ventre a grossi.

A l'examen. — Teint blême, amaigri, œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Ascite.

On pense à une dyspepsie, puis à une affection des reins ou à un kyste de l'ovaire, mais tous les examens sont négatifs.

9 novembre : Vomissements.

10 novembre : Douleurs à l'épigastrique après diner. Collapsus, mort.

Autopsie. — Ascite considérable chyliforme. Cancer du pylore ulcéré. Estomac très distendu.

Autre OSERVATION d'une ascite chyliforme dans un cancer stomacal.

OBSERVATION VIII

Société Médicale des Hôpitaux, 1897.

Femme 57 ans, s'apperçoit en mai 1895 que son ventre grossit.

Un mois après, œdème des jambes. Anorexie. *Pas de vomissements.*

La malade s'affaiblit, amaigrit et entre à l'hôpital Laennec le 27 décembre 1896.

Ascite considérable; circulation collatérale; œdème des jambes; faciès cachectique.

29 décembre : Ponction 8 litres 1/2 liquide blanchâtre, laiteux. La palpation ne révèle ensuite aucune tumeur.

2 jours après le liquide s'est reformé.

Cachexie. Morte le 3 janvier 1897.

Autopsie. — 8 à 9 litres de liquide chyliforme. On ne peut trouver trace de canal thoracique. Epithélioma cylindrique de la face postérieure de l'estomac. Morve cancéreuse rétro-stomacale.

Il ressort de ces deux observations qu'aucun symptôme n'avait attiré l'attention sur le cancer de l'estomac. Celui-ci a été diagnostiqué à l'autopsie.

OBSERVATION IX, de PILLIET.

Bulletin de la Société Anatomique.

(Cancer de l'estomac et généralisation aux lymphatiques péritonéaux simulant une péritonite).

In Thèse de RÉSIBOIS, 1858-59.

Homme de 60 ans. Entre à l'hôpital de 8 février 1888. Il s'est aperçu 8 mois auparavant que son ventre grossissait de volume.

Gardait le lit depuis 2 mois.

Vomissait des glaires le matin. Ethylique avoué. Amaigrissement considérable.

Ascite moyenne, libre. Léger œdème des jambes.

Matité au sommet droit, Pas de signes de caverne.

Quelques jours après, l'ascite augmente considérablement.

Diarrhée, dyspnée très marquée. Mort 20 jours après.

Autopsie. — Congestion pulmonaire. Cicatrices au sommet. Cancer en nappe de l'estomac. Lymphangite péritonéale.

La dyspnée et les signes physiques ont fait croire

à une péritonite tuberculeuse. Aucun cri de souffrance n'avait émané de l'organe véritablement malade. Diagnostic fait à l'autopsie.

OBSERVATION X

communiquée par MAURIN à la Société Anatomique, 1889.

(Cancer du pylore avec ascite, diagnostiquée péritonite tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire concomittante).

C. F., âgé de 42 ans, vient consulter pour une ascite énorme.

Dans les antécédents du malade :

Mère morte de tuberculose pulmonaire. Lui-même a eu une crise de R. A. A. à l'âge de 16 ans, qui s'est renouvelée depuis 2 fois, à 23 ans et à 34 ans.

Tousse depuis quelques années. A la suite d'une bronchite son état s'est aggravé. Il a beaucoup maigri.

Depuis un mois, vomissements et diarrhée. Jamais de douleurs dans la région épigastrique.

A l'examen. — Grosse ascite avec circulation collatérale.

Poumons, droit : à son sommet, signes d'auscultation d'une caverne. On fait le diagnostic de tuberculose pulmonaire avec péritonite tuberculeuse.

Autopsie. — *Poumons* : grosse caverne au sommet du poumon droit.

Estomac : gros cancer du pylore. Les parois de l'estomac infiltrés et la cavité de l'estomac très réduite.

Les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique sont hypertrophiés et dégénérés.

Foie et rate normaux.

Il reconnaît avoir diagnostiqué une péritonite tuberculeuse basé sur la toux et les signes d'auscultation pulmonaire. En réalité, il n'a fait le diagnostic qu'à l'autopsie.

ASPECTS CLINIQUES DE CETTE FORME

Définition.

Nous tenons à préciser que nous entendons par forme ascitique simplement les cas où l'épanchement est suffisamment précoce et assez abondant pour constituer le fait clinique dominant, et si le cancer est fruste, symptomatiquement, faire dévier le diagnostic.

Nous excluons donc de ce cadre les formes où l'ascite survient au cours de l'évolution d'un cancer gastrique connu.

ETIOLOGIE. — Il s'agit toujours d'un cancer primitif de l'estomac. On a tendance à invoquer dans ce cas le rôle de l'alcool et de la tuberculose. Nous avons vu que ces deux facteurs qui coïncident souvent avec le cancer en font dévier le diagnostic.

Nul au-dessous de 40 ans, il se montre surtout entre 45 et 70 ans.

A une prédilection pour le sexe masculin, peut-être parce que la gastrite qui y prédispose est plus fréquente dans ce sexe.

Symptômes de début.

Signes fonctionnels. — Sont assez imprécis. Le plus souvent on est en présence d'un malade qui se plaint

d'une *inappétence* apparue brusquement et qui l'oblige à restreindre au minimum sa nourriture. Notre malade ne pouvait plus se nourrir que de lait et de bouillon de légumes.

La *douleur* est rare. Chez notre malade elle est apparue vers la fin au niveau de l'extrémité inférieure du sternum.

D'autres malades se plaignent simplement de digestions lentes et difficiles, avec ballonnement post-prandial.

La digestion s'accompagne d'une gêne respiratoire très marquée, obligeant le malade « à faire sa digestion » allongé en décubitus dorsal.

Mais on constate toujours des troubles intestinaux, soit constipation, soit le plus souvent de la diarrhée.

Signes généraux.

L'amaigrissement est très important. On constate la fonte musculaire rapide qui accompagne tous les cancers gastriques.

Asthénie très marquée et léger état fébrile. La température se trouve aux environs de 38°. Certaines formes peuvent s'accompagner d'une fièvre assez élevée. Anémie légère avec décoloration des téguments. On ne voit que très rarement le teint jaune paille, caractéristique des cancéreux.

Signes physiques.

Ce sont les plus importants, car ils constituent les caractères dominants et spécifiques de cette forme.

A. Certains malades se présentent comme des ascitiques purs. — Ils ont remarqué que depuis quelque temps leur ventre augmentait de volume et que leurs vêtements devenaient trop étroits.

A l'examen, on est frappé par le contraste entre un ventre augmenté de volume et la petitesse du thorax.

Le ventre bombe en avant. La peau est lisse et tendue. La circulation collatérale est importante. La sensation de flot est très nette.

On peut observer l'œdème des membres inférieurs. Souvent il fait défaut.

Le foie et la rate sont impossibles à délimiter à cause de l'abondance de l'épanchement.

B. D'autres présentent une ascite et en plus une tumeur. — Nous avons vu que chez notre malade on a pu constater après la ponction évacuatrice que le foie et la rate étaient normaux, et qu'en plus la palpation mettait en évidence une masse dure, un peu douloureuse, sans que l'on puisse la localiser. (De même dans l'Obs. N° 6).

C. Ajoutons enfin que cette ascite est un peu particulière.

- 1) elle est moins mobile que celle d'une cirrhose;
- 2) elle donne à la percussion une matité complète de tout l'abdomen. On ne relève pas de sonorité dans la région épigastrique.
- 3) elle est très abondante, nécessitant la ponction évacuatrice, mais si la ponction soulage quelque peu

le malade, l'amélioration est éphémère, car elle se reforme avec une extrême rapidité.

4) l'ombilic est à peine déplissé, fait très important.

5) enfin, la palpation est parfois douloureuse, empêchant l'exploration complète de l'abdomen.

Après la ponction on peut distinguer d'après la nature du liquide trois variétés d'ascite :

a) *Variété hémorragique*, c'est la plus fréquente : elle est liée à une carcinose péritonéale.

b) *Variété séreuse*, simulant une ascite cirrhotique ou une péritonite tuberculeuse.

c) *Variété chyleuse*, par cancérisation ou compression du canal thoracique.

Le liquide hémorragique peut au cours des ponctions successives présenter des variations, tantôt hémorragique, tantôt citrin.

L'examen microscopique n'y montre rien de très particulier dans la plupart des cas, rien que des cellules endothéliales ou de gros macrophages volumineux à centre clair que beaucoup d'auteurs ont été tenté de prendre, à tort, pour des cellules cancéreuses surtout lorsque les placards cellulaires sont particulièrement abondants.

« Il faut attribuer une valeur seulement aux éléments volumineux souvent creusés de vacuoles, inégaux de taille, groupés en large amas, où les noyaux sont irréguliers, boursouflés et le siège de fréquentes mitoses (HUGUENIN, Th. de Doctorat, Paris, 1928). Mais les cas où l'on a mis en évidence ces cellules cancéreuses sont extrêmement rares. Ajoutons la pré-

sence de lymphocytes mêlés aux cellules endothéliales.

Le liquide séro-fibrineux n'a rien qui lui soit bien spécial. La richesse en fibrine est des plus variables : celle-ci peut même manquer et la réaction de Rivalta se montrer négative.

On a voulu attribuer une grande valeur au dosage de l'albumine.

Mais l'albuminose permet simplement d'affirmer la nature exsudative du liquide d'ascite. « Sans un taux élevé d'albumine, 40 à 60 grammes par litre, on ne peut pas parler d'exsudat ». (LEVESQUE, Th. de Doct., Paris, 1923).

Quant à reconnaître la nature de l'exsudat les chiffres d'albuminose sont indifférents. On peut voir une hyperalbuminose aussi bien dans une ascite tuberculeuse que dans une ascite cancéreuse.

C'est avant tout l'examen clinique qui guidera. Reste le cyto-diagnostic. Nous avons dit plus haut que les exemples où l'on a mis en évidence des cellules cancéreuses sont rares, et les descriptions que l'on fait des grandes cellules dégénérées qui seraient caractéristiques du cancer ne sont guère précises et ne doivent pas être retenues.

Radio. — En ce qui concerne la radio, nous ne pouvons donner une description d'ensemble parce que le seul exemple nous est fourni par notre malade, lui-même assez incomplet.

Chez notre malade, ce n'est que vers la fin qu'on a pratiqué un examen radioscopique.

Nous avons constaté un petit estomac qui ne se

dilatait pas, avec une fuite pylorique rapide, nous faisant préjuger un cancer gastrique à forme de linite.

Au-dessus de l'estomac et sur une hauteur marginale de cinq centimètres existait une bande obscure s'interposant entre l'abdomen et la clarté thoracique dont la nature n'a pu être interprétée.

DIAGNOSTIC

1) Cliniquement, nous avons vu que l'ascite peut apparaître d'emblée comme premier symptôme d'un cancer de l'estomac. Cette forme pose donc le diagnostic étiologique d'une ascite.

2) D'autres fois, on peut se trouver en présence d'une ascite et d'une tumeur. Diagnostic beaucoup plus difficile car difficulté de localiser la tumeur.

A. *En cas d'ascite.* — Il faudra une exploration méthodique des organes abdominaux et parfois pour la pratiquer l'évacuation de l'ascite s'imposera : on notera alors la nature de l'épanchement, car elle peut être un indice.

On aura vite éliminé les affections dans lesquelles l'ascite est un épiphénomène.

Cardiopathies, il n'y a pas à en parler.

Quant aux néphrites, la présence de l'albuminurie tranchera vite le diagnostic.

L'absence de signes cardiaques et urinaires fera chercher autre chose.

La question se posera de savoir si l'ascite est d'origine hépatique ou péritonéale.

Si l'ascite est cloisonnée, le péritoine est en cause et l'on aura alors à distinguer du cancer péritonéal la péritonite tuberculeuse à forme ulcéro-caséuse ou fibro-caséuse et les péritonites simples.

La péritonite cancéreuse sera reconnue par les douleurs assez vives, la cachexie rapide, parfois par la présence de nodosités ou des placards indurés dans la paroi abdominale, au voisinage de l'ombilic, ou aux points de ponction, enfin par le caractère souvent hémorragique de l'épanchement.

Dans la tuberculose, les brides et les amas péritonéaux, les troubles intestinaux, alternatives de constipation et de diarrhée, les caractères du liquide séreux ou chyliforme, feront faire le diagnostic.

Le diagnostic de carcinose péritonéale posé, on se rappelle qu'elle est le plus souvent secondaire et l'on cherchera un point de départ possible dans un viscère, notamment dans l'estomac (examen physique et radiologique de l'estomac).

Si l'ascite est libre, elle peut être d'origine péritonéale ou d'origine hépatique. Mais la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse ne se voit guère que chez des sujets jeunes.

Au reste, l'état général, les caractères du liquide, la différencieraient. C'est donc au foie qu'en réalité il faudra penser dans ce cas : et d'ailleurs l'attention sera vite attirée par quelques signes concomittants : ictère, signes d'insuffisance hépatique.

Dans ces conditions, en présence d'une ascite avec signes hépatiques, pour déceler le cancer gastrique, il faudra reconnaître d'abord le cancer nodulaire du foie, cause immédiate de l'épanchement.

On sera en présence d'un malade présentant des douleurs hépatiques, le plus souvent assez marquées,

avec paroxysmes et irradiations : un ictère plus ou moins intense, un foie augmenté de volume, inégal et bosselé, une rate normale et une asthénie extrêmement marquée.

Le diagnostic sera facile avec les autres affections hépatiques.

Si l'ictère est intense, cholurique, ce n'est guère qu'à un cancer nodulaire du foie, avec compression des voies biliaires que l'on pourra songer.

Un kyste hydatique du foie, à titre exceptionnel, pourrait provoquer l'ictère et l'ascite.

Si l'ictère est léger, on éliminera vite la cirrhose atrophique par l'hypertrophie du foie et le volume de la rate.

Comme le cancer nodulaire du foie est secondaire, on cherchera le cancer initial et on pensera avant tout au cancer gastrique. Pour reconnaître ce dernier, c'est sur les signes physiques qu'il faudra se baser :

Tumeur, signes de stase, exploration radiologique, examen des fèces.

Si l'ascite ne peut être attribuée ni à un cancer du péritoine ni à un cancer du foie, le diagnostic sera très difficile.

On pourra attribuer l'ascite à un trouble de la circulation portale, en présence d'un syndrome net d'hypertension portale avec des signes plus ou moins marqués d'hypotension sus-hépatique.

On ne négligera jamais de faire un toucher rectal

et un toucher vaginal pour déceler un cancer pelvien.

Un examen méthodique de l'étage supérieur de l'abdomen pourrait conduire d'une pyléphlébite adhésive au cancer gastrique qui la détermine par la compression ganglionnaire ou par l'endophlébite cancéreuse.

On pensera, si l'ascite est chyleuse, à une compression ou à une lésion du canal thoracique et il sera naturel de chercher une lésion gastrique initiale.

B. *Si, en plus de l'ascite, on trouve une tumeur.* — Le diagnostic est beaucoup plus difficile. L'imprécision du tableau clinique, la prédominance d'un symptôme au détriment des autres, peuvent faire méconnaître la notion réelle de l'affection.

L'erreur est possible avec un kyste végétant de l'ovaire qui s'accompagne souvent d'un épanchement hémorragique. C'est alors au mode de développement de la tumeur, à ses connexions avec les annexes (renseignements fournis par le toucher vaginal) qu'il faut demander des éléments de diagnostic.

L'erreur est d'autant plus facile que certains kystes colloïdes se greffent sur l'épiploon et lui font subir une transformation myxomateuse.

La péritonite encapsulante si bien décrite par WILMOTH peut égarer pendant un moment le diagnostic.

L'échynococose du péritoine est susceptible de simuler une ascite avec tumeur lorsque la rupture du kyste s'est faite insidieusement. Mais l'évolution

lente de la maladie, l'indolence complète du kyste, l'altération moins grande de l'état général jointes aux symptômes qui l'ont précédée permettent d'éviter l'erreur.

Les tumeurs du mésentère sont médianes et très mobiles, en plus sonores à la percussion par suite d'interposition d'anses intestinales entre elles et la paroi abdominale.

Les tumeurs inflammatoires paraintestinales décrites par LEJARS. Il s'agit de sujets d'un certain âge présentant des troubles digestifs, de l'amaigrissement et des tumeurs abdominales multiples.

Donc, le diagnostic devra se baser moins sur un symptôme (ascite, tumeur) que sur l'ensemble de signes locaux et généraux.

Disons pour terminer qu'il faudra penser, en l'absence d'une étiologie satisfaisante, que l'ascite peut être la première manifestation clinique d'un cancer gastrique et qu'on devra recourir aux procédés modernes (examen du suc gastrique, recherche des hémorragies ocultes, radioscopie, etc.) pour asseoir son diagnostic.

CONCLUSIONS

1) Il existe une forme ascitique du cancer de l'estomac lorsque cette ascite est précoce, abondante et constitue le symptôme dominant.

2) Il faut exclure de ce cadre les ascites terminales d'un cancer gastrique connu.

3) En présence d'une ascite survenant chez un sujet d'un certain âge et dont l'étiologie n'est pas parfaitement établie il faudra envisager en dehors des causes habituelles l'hypothèse d'un cancer de l'estomac.

4) Au point de vue symptomatique :

a) certaines formes se présentent comme des ascites pures.

b) d'autres comme des ascites derrière lesquelles on soupçonne une tumeur abdominale dont le volume et le siège sont loin de faire penser à un cancer de l'estomac.

5) Cliniquement, cette ascite est moins mobile qu'au cours des cirrhoses. Ponctionnée elle se reconstitue avec une extrême rapidité.

6) Dans la majorité des cas, le liquide est hémorragique. Il peut cependant être séreux ou dans des cas très rares chyleux.

7) On n'affirmera la nature cancéreuse du liquide

que lorsque l'examen cytologique aura montré « des éléments volumineux, souvent creusés de vacuôles, inégaux de taille, groupés en large amas, ou les noyaux sont réguliers, boursouflés et le siège de fréquentes mitoses ».

Vu :
Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :
Le Président de Thèse,
R. DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD, BARIÉTY, DEBUCQUOIS (G.) et STERNFELD. — Granulie cancéreuse du poumon secondaire à un cancer latent de l'estomac. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. Paris 1931.
- BULLRICH. — Chylous ascites in occult métastatic cancer of estomach. Bull. de l'Acad. de Méd. de Buenos-Aires, 1934.
- BARD. — Les formes cliniques du cancer de l'estomac. Semaine Médicale, 1904, page 265.
- BARTH. — Bull. Soc. Anatomique, Paris 1852.
- CADE (A.), BARRAL (P.) et VAIREL (J.) — Journal de Médecine Lyon, août 1933.
- CHESNEL. — Thèse de Doct. Paris 1877.
- CORNELOUP et LATREILLE. — Forme anormale clinique et évolutive du cancer gastrique. « Dauphiné Médical », N° 5, 1929.
- COVALACCI (G.). — Relations entre la gastrite chronique et le cancer. « Pathologica », août 1933.
- CRUVEILHIER. — Atlas d'Anatomie Pathologique.
- DAGRON. — Bull. de la Soc. Anat. Paris 1886.
- DUMITRESCO-MANTE. — Abdomen bilobé. Soc. Méd. des Hôpitaux de Bucarest, 1925.
- FAUCHER et JEANNENEY. — Le teint jaune paille est-il un signe de cancer ? Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales. Bordeaux, 1926.
- FIESSINGER (Noël). — Maladies du foie.
- GOURMAND. — Contribution à l'étude du cancer latent de l'estomac. Th. de Bordeaux, 1888-89.
- GUYOT. — Bull. Soc. Anat. Paris, 1856.
- GARCIN et KINDBERG. — Pseudo-splénomégalie pour cancer de l'estomac. Bull. Soc. Méd. Paris, 1929.
- HUGUENIN. — Cancer primitif du poumon. Thèse de Doctorat. Paris, 1928.
- HABERSOHN. — Guy's Hospital Reporters, 1871.

- JEANNENEY. — A propos du cancer de la grande courbure. Pseudo-splénomégalie. Conservation de l'appétit. Journal de Méd. Bordeaux, 1929.
- JACCOUD. — Dictionnaire de Médecine et Chirurgie.
- JOUSSET (A.). — Des humeurs opalescentes de l'organisme. Thèse de Paris, 1901.
- KINDBERG (L.) et GARCIN. — Pseudo-splénomégalie par cancer de l'estomac.
- LEVESQUE (J.). — Thèse de Doctorat, Paris, 1923.
— Quelques renseignements utiles au diagnostic fournis par l'examen des liquides d'ascites. La pratique Médicale Française, 1925.
- LEMIERRE (A.). — Infection du liquide d'ascite au cours des maladies du foie. Paris, 1927.
- LIBERT et TISSIER. — Cancer latent. Archives des maladies de l'appareil digestif, 1929.
- LIAN et ODINET. — Diagnostic des ascites. Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux. Paris, juillet 1931.
- MARUARD (P.). — Difficultés du diagnostic des ascites. Bulletin et Mémoires de la Société Chirurgie. 1929.
- MAURIN. — Cancer gastrique avec péritonite cancéreuse prise pour une péritonite tuberculeuse. Bulletin Soc. Anat. 1889.
- MARCHAND et OURY. — Manifestation œsophagienne (dysphagique) d'un cancer gastrique. Pratique Médicale Française, 1931.
- MOLLIÈRE. — De quelques complications péritonéales du néoplasme de l'estomac. Lyon Médical, 1906.
- NORMENT (W. B.). — Chylous ascites associated with carcinoma of stomach. South. Med. of Surg. Décembre 1931.
- PERRIN. — Cancer latent de l'estomac avec ascite hémorragique. Revue Médicale de l'Est. Nancy, 1903.
- PILLET. — Cancer gastrique avec ascite (Bulletin Soc. Anatomique).
- RAMOND (Louis). — Diagnostic différentiel des ascites. Presse Médicale, 1928.
- RADOSLAV et STOICESCO. — Cancer gastrique avec ascite. Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Bucarest.
- RIZZI (I.). — Association de cancer et tuberculose. Pathologica, 1934.

ROUSSEAU. — Formes anormales du cancer de l'estomac.
Thèse de Paris, 1911.

ROGER, WIDAL, TEISSIER. — Nouveau traité de Pathologie
Interne.

ROBIN (A.). — L'ascite cancéreuse. Néoplasmes. Paris, 1925.

SARLES. — Cancer de la grosse tubérosité. Marseille Médical.
Mai 1930.

STOICESCO et RADOSLAV. — Bucarest, 1927.

TEISSIER. — Nouveau traité de Path. interne.

TRÉMOLLIÈRES et HUREZ. — Bulletins et Mémoires de la So-
ciété de Méd. Nov. 1933.

VAQUEZ et ESMOULT. — Ascite chyleuse vraie. Bulletin Soc.
Médecine, 1900.

WIDAL. — Nouveau traité de Pathologie Int.

WILMOTH. — Péritonite encapsulante. Presse Médicale, 1928.

WILMOTH et PATEL (J.). — Péritonite encapsulante. Journal
de Chirurgie. Mars 1931.

